In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

LA FACULTÉ .Net

SEEK KNOWLEDGE

La grossesse extra utérine

Dr N-Kherbouche

EPH Belfort

Généralitées

A-Définition :

*c'est l'implantation hors de la cavité utérine du trophoblaste

-en règle dans la trompe

-exceptionnellement ovaire et cavité péritonéale

B-Interet:

*sa frequence : son taux a augmenté surtout avec l'augmentation des MST

*Reste grave en raison :

-Pronstic maternel mis en jeu (redoutables accidents hémorragiques)

-Risque d'infertilité

Facteurs de risque(Causes)

A-Les causes qui retardent l passage de l'œuf :

*Causes infectieuses : Infection génitale dont le germe principal est le chlamydiae trachomatis responsable de salpingite latente et chronique stenosant progressivent la lumière tubaire

*Endométriose tubaire

*Tuberculose génitale

*Chirurgie abdomino-pelvienne

*Cause congénitales : malformations tubaires

*Role du strerilet : ne semble pas augmenter directement l'incidence de GEU mais le risque d'infection génitale est plus grand avecle stérilet

B-Les anomalies de la mobilité tubaire:

*le mécanisme responsable du ralentissement du transit tubaire est double :

-spasme vasculaire

-modification du flux tubaire

*Role des œstrogène et progesterone

-œstrogène : acceleration de la contraction musculaire

-progesterone :ralentissement de la contraction musculaire

D'où risque de GEU est plus elevé avec pilule microprogestative et pilule fortement dosé en œstrogène

*Role des inducteurs de l'ovulation exp Clomid

*Role de la FIV

C-Autres :

*Age : plus nette après 40ans

*Ethnie : Race noire

*Exposition aux agents antinéoplasique

*Tabagisme

Anatomopathologie

Siege de la Nidation

1-GEU tubaire : plus frequent 80%

-Ampulaire : 60% C'est la partie la plus large et la plus longue donc les signes cliniques sont tardifs , la rupture est précédée par des signes d'appels

-Isthmique : 25% partie plus courte et étroite donc signes cliniques précoces de même que la rupture

-Pavillonnaire : 5% a l'origine d'unavortement tuboabdominale avec greffe ovarienne ou péritonéale par contiguité

-Interstitiel:1%

2-Ovarienne :< à 1%

3-Grossesse abdominale : Implantation du trophoblaste sur le péritoine

Diagnostic Positif

A- Clinique : TDD GEU en dehors de la rupture

1-Signes foncionnels :

*Aménorrhée : 70% des cas les règles correspondent en général à des metrorragies

*Métrorragies :

-Brun sépia minime distillante recedivante c'est la conséquence d'une stimulation inadéquate de l'endomètre décidualisé

-Rarement abondante simulant un ABRT

*Les douleurs : non spécifiques 90%

-souvent unilatérale , intensté modérée sur un fond douloureux déclenché par le changement de position

*Signes sympathiques : sont inconstants

2-Signes physiques :

*Etat général: bon avant la rupture

*Abdomen souple avec sensibilité sus pubienne ou douleur provoqué à la palpation d'une fosse iliaque

*Spéculum: col d'aspect gravide , saignement d'origine endoutérin

*TV+PA :

-Col et corps ramolli

-Uterus dont la taille est < a l'age gestationnel

-Palpation des CDS : petite MLU douloureuses independante de l'uterus plus ou moin sbien limité ce'st la petite quelque chose de Mandor

-Parfois empatement des CDS

B-Paraclinique :

1-FNS :

appreci le degré de l’anemie

2-Taux de BHCG :

revenu positif

À l’echo le SG doit etre visible pour un taux de BHCG > ou égal 1500UI/l

Une grossesse anormal ets suspecté si le taux de BHCG ne double pas dans l’intervalle de 48 heure

3-L'échographie:

- Les signes directs : visualisation du SG en latéro utérin parfois embryon et activité cardiaque
- Les signes indirectes :

 - Utérus vide : pas de SG en intra utérin avec endmétre épais (dcidualisation)

 -augmentation du volume de l'utérus

 -Presnce d'une MLU hétérogène = Hématosalpinx

Il faut rechercher un epanchement dans le douglas

Les Formes cliniques

A- Rupture de GEU : tableau d'hémopéritoine

*Douleur abdominale et défense
*Etat de choc
*TR: Cris de Douglas
*Echo: epanchement péritoneal important

B-Forme pseudo abortive :

Tableau simulant un ABRT : expulsion de la caduque

C- Forme hétérotopique :

surtout en FIV

D- Hématocèle enkysté :

*Signes de compression pelvienne (tenesme , dysurie)
*Syndrome sub occlusif
*TV: col refoulé en avant par une masse occupant le petit bassin
*TR: Lumière est effacée par le bombement de la masse

Le diagnostic différentiel

GEU non rompue

*ABRT spontané
*Salpingite
*Kyste de l'ovaire
*Torsion d'annexe

GEU rompue

*Ovulation hémorragique
*Rupture d'un kyste fonctinnel de l'ovaire
*Rupture d'une rate
*Rupture d'un vaisseau abdominal

Hématocèle

*Sigmoidite
*Occlusion
*palstron appendiculaire
*Fibrome , tumeur ovarienne

Le traitement

A-Curatif:

1-But

-Agir avant la rupture de la GEU

- Preserver le pronostic maternel si rupture

-Preserver la fertilité de la femme autant que possible

2-Moyens

-Reanimation médicale : en cas de GEU rompue (bilan standard , transfusion , remplissage)

-Medicamenteux : à base de methotrexate pour la GEU asymptomatique inferieur à 4 cm sans activité cardiaque et taux de BHCG < 5000

-Chirurgicaux : coelioscopique ou laparotomie

➡ conservateur :

-Expression tubaire : ABRT tubo abdominale

-Salpingotomie

➡ Radical :

-Salpingectomie

-Annexectomie

-Ovariectomie

3-Les indications :

*Trt conservateur: si

- -GEU non rompue
- -Femme jeune
- -Trompe siege de la GEU normale
- - Trompe controlatérale pathologique

*Trt Radical: si

- -Femme multipare ne désirant pas de grossesse
- -Trope siège de GEU pathologique

*GEU ovarienne:

-Ovarictomie partielle

-Annexectomie

*GEU abdominale :

-certains d'emblée

-d'autres extraction dés maturité fœtale

B-Preventif:

*Information du couple sur les IST

*Trt du couple si IST